Clínica y Salud, 2005, vol. 16 n.° 1 - Págs. 9-29. ISSN: 1135-0806

ARTÍCULOS

La alianza terapéutica

The therapeutic alliance

NELSON ANDRADE GONZÁLEZ[1]

Fecha de Recepción: 01-10-2004 Fecha de Aceptación: 11-02-2005

RESUMEN

Los procedimientos psicoterapéuticos y los componentes de la relación terapéutica constituyen aspectos inseparables en la práctica de la psicoterapia. Entre los ingredientes relacionales, la alianza terapéutica ha sido objeto de diversas formalizaciones y de numerosas investigaciones en lengua inglesa y su uso se ha extendido a distintos modelos psicoterapéuticos. El propósito de este trabajo es proporcionar a psicólogos de cualquier orientación teórica un acercamiento al concepto, características y principales instrumentos de medida de la alianza terapéutica. Se destaca la formulación de Bordin (1979, 1994) como marco de referencia para la explicación de la alianza y sus dimensiones. Asimismo se examina la significativa relación que existe entre la alianza terapéutica y el resultado final de la psicoterapia. Finalmente se sugieren algunas propuestas futuras de investigación.

ABSTRACT

Psychotherapeutic procedures and the components of therapeutic relationship are aspects that go together in psychotherapy practice. Among its relational ingredients, the therapeutic alliance has been subject to a number of formalizations and addressed in literature in English. Its use has spread to different psychotherapeutic approaches. The aim of this paper is to provide psychologists regardless of their theoretical orientation with a view of the concept, attributes and major measurement tools of therapeutic alliance. Bordin's

[1] Servicio de Psicología Aplicada. UNED-Guadalajara. *E-mail: nag20935@alu.uah.es*

formulation (1979, 1994) is highlighted as a frame of reference for the explanation of alliance and its dimensions. Likewise, a significant relationship between therapeutic alliance and psychotherapy's outcome is analyzed. Finally, some suggestions are made for future research.

PALABRAS CLAVE

Psicoterapia, Alianza terapéutica, Resultados.

KEY WORDS

Psychotherapy, Therapeutic alliance, Outcome.

INTRODUCCIÓN

Una definición de psicoterapia que sirve de punto de partida a este trabajo es la que formulan Fernández-Liria, Hernández, Rodríguez, Benito y Mas (1997): "... un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente), que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud del segundo".

La complejidad que conlleva la investigación en psicoterapia ha determinado que desde hace años hayan surgido dos grandes líneas de investigación que, aunque relacionadas, difieren en su historia, sus metas y sus procedimientos (Ávila, Caro, Orlinsky, Coscolla, Rodríguez y Alonso, 2000):

1. La primera gran línea es la investigación de resultados, dedicada fundamentalmente a estudiar la eficacia de la psicoterapia, la comparación de tratamientos, tanto en términos generales como circunscritos a determinados trastornos mentales, y el estudio de los ingredientes psicoterapéuticos más específicos. Probablemente influidos por el interés de la medicina en hallar tratamientos eficaces basados en la evidencia, los investigadores de resultados en psicoterapia han destinado sus esfuerzos a promover el desarrollo y difusión de procedimientos psicoterapéuticos

empíricamente validados. En esta dirección, desde 1993, la División 12 de la APA (Asociación Psicológica Americana) ha puesto en funcionamiento un grupo de trabajo (task force) destinado a difundir tratamientos psicológicos eficaces para diferentes trastornos mentales, llegando a formular un listado de tratamientos empíricamente validados que, en permanente actualización, recoge fundamentalmente los procedimientos psicoterapéuticos derivados del modelo cognitivo-conductual. Sin embargo, estos catálogos o guías de tratamiento eficaces, desarrolladas a partir de estudios aleatorizados rigurosos, aunque contemplan la relación entre terapeuta y paciente como un importante componente, en muy pocos casos detallan cuáles son las habilidades del terapeuta o las conductas específicas que éste debe llevar a cabo en el curso de una sesión, para que la relación con su paciente sea curativa (Norcross, 2002).

2. La segunda gran línea de investigación está representada por la investigación de procesos, dedicada a estudiar qué es lo específica y auténticamente terapéutico de la psicoterapia, a través del análisis de cualquiera de los elementos que se dan en el contacto paciente-terapeuta. En este sentido, las preguntas clave a las que los investigadores han intentado responder en los últimos años, se han dirigido a esclarecer qué cambios tienen lugar a lo largo de una psicoterapia y cómo se producen tales transformaciones, estudiando los procesos del paciente, las actuaciones del terapeuta y las complejas interacciones que se producen entre ambos. Según Feixas y Miró (1993), se puede hablar de dos generaciones de investigadores, quienes poseen formas distintas de entender la investigación de procesos. Para la primera generación, representada por el trabajo de Kiesler (1973), la investigación de procesos es cualquier investigación que, totalmente o en parte, contenga como datos alguna medida directa o indirecta de la conducta del paciente, del terapeuta o de la díada (interacción paciente-terapeuta) en la entrevista terapéutica. Según Feixas y Miró (1993), esta definición, aunque operativa, limita la investigación de procesos a lo que ocurre dentro de una sesión de psicoterapia. Además contribuye a mantener la dicotomía entre procesos y resultados ya que entiende que la investigación de resultados tiene que ver con los cambios que ocurren en el paciente fuera de la sesión y al terminar el tratamiento y la investigación de procesos con lo que ocurre dentro de la sesión. Empero, pertenecientes a la segunda generación de investigadores, Greenberg y Pinsof (1986) entienden que la investigación de procesos está destinada a estudiar la interacción entre los sistemas del paciente y los sistemas del terapeuta, teniendo como objetivo identificar los procesos de cambio que tienen lugar en la interacción entre esos sistemas. Así contemplada, la investigación de procesos cubre todas las conductas y expe-

riencias de esos sistemas (dentro y fuera de las sesiones de tratamiento) que puedan afectar a tales procesos de cambio. El sistema del paciente está constituido por todas las personas que están o pueden estar implicadas en el mantenimiento o en la resolución del problema y el sistema del terapeuta está formado por la propia persona del profesional y el sistema asistencial del que forma parte. Greenberg y Pinsof (1986) consideran que al centrar la investigación sobre el proceso de cambio se tiende un puente entre la investigación y la práctica de la psicoterapia, puesto que su definición se dirige a los profesionales, con el fin de hacerles ver cómo pueden llegar a ser efectivos agentes de cambio.

Según Feixas y Miró (1993), las principales tendencias en investigación de procesos se dirigen a: a) el análisis del contenido psicológico inferido a partir de la identificación sistemática de determinadas características de la conducta verbal de los participantes en la psicoterapia, b) el estudio de las condiciones facilitadoras del cambio terapéutico, c) el análisis de la implicación del paciente en la psicoterapia, d) la contextualización de las unidades de análisis, e) el estudio de los acontecimientos de cambio terapéutico y el análisis de tareas, e) la búsqueda de variables integradoras que vayan más allá de las variables específicas postuladas por un modelo psicoterapéutico concreto y f) las investigaciones sobre la alianza terapéutica.

LA ALIANZA TERAPÉUTICA

Definición

El psicólogo deberá evaluar si una intervención psicoterapéutica, sola o en combinación con una intervención psicofarmacológica, resulta indicada para un determinado paciente afectado por alguna clase de patología mental. Además deberá considerar que, normalmente, el paciente que acude a consulta: a) suele experimentar malestar, b) muestra a un desconocido sentimientos negativos, conductas desadaptativas, pensamientos distorsionados y, en definitiva, algunos de sus aspectos más vulnerables y c) deja a un lado los roles sociales más competentes y muestra las facetas de sí mismo menos atractivas o subjetivamente menos deseables generándose en él, muchas veces, sentimientos de inseguridad y temor. En este marco de trabajo el terapeuta, al aplicar procedimientos psicoterapéuticos empíricamente garantizados, no podrá ni deberá obviar las numerosas variables (del paciente, del terapeuta y de la interacción terapéutica) que afectan al resultado de su intervención, destacando entre ellas la alianza terapéutica.

El constructo alianza terapéutica tiene su origen en el seno del modelo psicoanalítico. Freud (1913) aunque no utilizó este concepto como tal, dio a conocer que antes de que el terapeuta proporcione al paciente sus primeras interpretaciones, debe establecerse en la

relación un adecuado rapport, siendo la adherencia del paciente al tratamiento y al analista el primer objetivo de la intervención. Sterba (1934) destacó la importancia de la identificación positiva del paciente con su terapeuta en el logro de las distintas tareas terapéuticas. Zetzel (1956) usó el término alianza terapéutica para referirse a la capacidad del paciente de emplear la parte sana de su yo en vincularse o unirse al analista en el cumplimiento de los cometidos terapéuticos. Greenson (1965, 1967) hizo una distinción entre alianza de trabajo (habilidad del paciente para conectar con las tareas propias del análisis) y alianza terapéutica (capacidad de terapeuta y paciente para formar un vínculo personal). Luborsky (1976) sugirió que la alianza entre terapeuta y paciente se desarrollaba en dos fases: a) la primera fase o alianza tipo I, sobretodo en el inicio de una psicoterapia, representa la percepción que el paciente tiene del terapeuta como una persona que le ayuda y que le ofrece apoyo, en el marco de una relación cálida y afectuosa y b) la segunda fase o alianza tipo II, en fases posteriores del proceso psicoterapéutico, incluye el "capital" que destina el paciente a trabajar y colaborar conjuntamente con el terapeuta en las tareas propias del proceso.

Bordin (1979) definió la alianza terapéutica como el elemento relacional de carácter activo propio de todas aquellas relaciones que pretenden inducir un cambio. Su formalización incluye la presencia de tres componentes o dimensiones:

1. El vínculo abarca una compleja red de nexos personales positivos entre paciente y terapeuta, cuya calidad determina el tono emocional que el paciente tiene del terapeuta y que incluye aspectos tales como la empatía, la confianza mutua y la aceptación. Conviene aclarar que un concepto relacionado con el vínculo es el de rapport, entendido éste último como el grado de contacto afectivo entre paciente y terapeuta (Fernández-Liria y Rodríguez, 2001).

2. Acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a los objetivos de la psicoterapia, es decir, el mutuo consentimiento acerca de qué es lo que se pretende lograr con la intervención psicoterapéutica.

3. Acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a las tareas o actividades a realizar, intrínsecamente relacionadas con la psicoterapia que se esté llevando a cabo. Hace referencia al acuerdo acerca de los medios adecuados para alcanzar los objetivos propuestos, por lo que una relación terapéutica que esté funcionando bien se caracteriza por el hecho de que: a) tanto paciente como terapeuta perciben la importancia y relevancia de estas tareas y b) cada uno de ellos está dispuesto a aceptar la responsabilidad de la realización de las mismas.

Corbella y Botella (2003) manifiestan que la definición de Bordin

(1979) posibilitó que las principales escuelas psicoterapéuticas se sintiesen cómodas con un concepto que resulta común a todas ellas, por lo que Bordin (1979) además de incrementar la trascendencia del constructo alianza terapéutica, permitió que éste consiguiera un carácter transteórico.

Según Horvath y Greenberg (1989) la conceptualización de alianza terapéutica de Bordin (1979): a) diferenciaba entre las proyecciones inconscientes del paciente (transferencia) y la unión positiva entre éste y su terapeuta (alianza) y b) es un componente de la relación terapéutica que proporciona un contexto que hace posible que el paciente acepte y siga el tratamiento, es decir, que faculta y facilita la puesta en marcha de técnicas y estrategias psicoterapéuticas específicas y que interactúa con ellas.

Según Horvath (1994) la idea de Bordin (1979) subrayaba el papel de la colaboración participativa del paciente en el proceso psicoterapéutico. El modelo de Bordin (1979) estableció un puente entre la alianza terapéutica y los procesos de cambio puesto que: a) el grado de éxito en las distintas tareas psicoterapéuticas (dirigidas a disminuir acciones, pensamientos y sentimientos disfuncionales), descansa en la alianza lo que ocurrirá inevitablemente en el marco de una colaboración terapéutica y b) la superación de este tipo de patrones psicopatológicos proporcionará al paciente nuevas formas de actuar, pensar y sentir las cuales, bajo unas circunstancias apropiadas, podrán generalizarse a otras áreas de su vida. La relación terapéutica, por lo tanto, no se contempla como un proceso separado o independiente, sino como una asociación caracterizada por una activa colaboración. En suma, el propio hecho de alcanzar un acuerdo con el paciente en cuanto a la mutua colaboración, constituye un aspecto central en el desarrollo, tanto de una alianza terapéutica positiva como del deseado cambio (Horvath, 1994).

Según Horvath y Greenberg (1989), la formalización de Bordin (1979): a) predijo que las intervenciones psicoterapéuticas basadas en premisas teóricas distintas pondrían diferente grado de énfasis en los componentes o dimensiones de la alianza (vínculo, objetivos y tareas). Es decir, aunque la alianza terapéutica requiere un alto grado de colaboración en todas estas dimensiones, la configuración ideal de una sólida alianza adopta valores diferentes en cada una de ellas en función del modelo teórico del terapeuta, b) pronosticó que estas dimensiones de alianza (vínculo, objetivos y tareas) no eran igualmente importantes en todas las fases de una psicoterapia; por consiguiente, dentro de cada configuración ideal de alianza terapéutica, la importancia de una dimensión específica puede depender de la fase en la que se encuentre el proceso psicotera-

péutico y c) vaticinó que la alianza en las primeras fases de una psicoterapia podría ser en buena medida indiferenciada y global, la cual estaría basada en las impresiones iniciales, la confianza y el vínculo establecido. Sin embargo, según la psicoterapia progresa, las tres dimensiones podrían diferenciarse en mayor medida y la importancia de cada una de ellas dependería del tipo de psicoterapia que se estuviese llevando a cabo. No obstante, Horvath y Greenberg (1989) afirman que Bordin (1979) no proporcionó parámetros específicos de la alianza para los diferentes enfoques teóricos ni para los diferentes estadios del proceso.

En una publicación posterior, Bordin (1994) despejó algunas dudas acerca de los componentes de la alianza terapéutica. Las tareas hacen referencia a las actividades específicas que la díada se compromete llevar a cabo con el fin de promover el cambio del paciente. Un objetivo es ejemplificado por el autor a través de la siguiente afirmación de un terapeuta: "mi intención es ayudarle (al paciente) a perdonar a sus padres, de tal forma que pueda vivir plenamente el presente". El vínculo es probablemente expresado y sentido por los participantes: a) por el hecho de "estar a gusto" y de tener confianza y respeto por el otro y b) por la percepción de que existe un compromiso común y una mutua comprensión de las actividades terapéuticas. Tal vínculo se incrementará en función de la experiencia de paciente y terapeuta en participar en actividades compartidas.

Instrumentos de medida

Según Horvath y Bedi (2002), los cuatro grupos de instrumentos de medida de la alianza terapéutica más utilizados en las investigaciones empíricas son:

1. Las Escalas Penn (The Penn Helping Alliance Scales; Alexander y Luborsky, 1986). Las distintas modalidades de las escalas HA se basan en una perspectiva dinámica y, en líneas generales, recogen la conceptualización que Luborsky (1976) hace de la alianza tipo I y tipo II.

2. Los instrumentos Vanderbilt (Suh, Strupp y O'Malley, 1986) tienen como punto de partida la Escala de Proceso Psicoterapéutico de Vanderbilt (VPPS). Posteriormente se extrajo una parte de esta prueba (44 ítems) con el fin de generar la Escala de Alianza Terapéutica de Vanderbilt (VTAS), la cual está específicamente diseñada para aquellas psicoterapias de orientación dinámica.

3. Las Escalas de Alianza Terapéutica de California (CALPAS) están basadas en una serie de medidas de alianza desarrolladas previamente en el Instituto Psiquiátrico Langley Porter de San Francisco (Estados Unidos). Un instrumento de medida de 41 ítems des-

tinado a ser utilizado por evaluadores independientes (CALTARS) fue desarrollado por Marmar, Weiss y Gaston (1989). Marmar, Gaston, Thompson y Gallagher (1989) revisaron esta herramienta a fin de proponer la versión original del CALPAS la cual contenía 31 ítems para la versión del paciente y 5 ítems para las versiones del terapeuta y del observador. De forma paralela Marziali (1984) había desarrollado en Toronto (Canadá) la Escala de Evaluación de la Alianza Terapéutica (TARS). El CALPAS, sometido a ulteriores revisiones, pretende reflejar cuatro dimensiones: a) capacidad de trabajo del paciente, b) compromiso del paciente, c) comprensión del terapeuta y d) consenso en las estrategias de trabajo.

4. La Escala de Alianza Psicoterapéutica Integradora (EAPI; Pinsof y Catherall, 1986) y el Working Alliance Inventory (WAI; Horvath, 1981; Horvath, 1982; Horvath y Greenberg, 1986 y Horvath y Greenberg, 1989), están basados en la propuesta de Bordin (1979) sobre la alianza terapéutica (Corbella y Botella, 2003). Horvath (1981) elaboró el Working Alliance Inventory (WAI) en dos fases. La primera tuvo como objetivo seleccionar aquellos ítems que mejor representasen los presupuestos teóricos de Bordin (1979). En la segunda fase se aplicaron las versiones del paciente y del terapeuta de la incipiente prueba en un estudio piloto con sujetos análogos y posteriormente en un estudio clínico, con el objeto de explorar las propiedades psicométricas de ambas versiones. Los satisfactorios resultados obtenidos por Horvath (1981) en el estudio clínico (buena fiabilidad en términos de consistencia interna, buena validez predictiva, de contenido y de constructo y adecuada estructura factorial) y los prometedores resultados de Greenberg y Webster (1982) (buena validez predictiva de la subescala tareas de la versión del paciente del WAI (WAI-P), condujeron a que las versiones del paciente y del terapeuta del WAI (WAI-P y WAI-T), tras una primera y mínima revisión (Horvath, 1982), quedasen definitivamente constituidas cada una por 36 ítems, en las que las tres dimensiones (vínculo, objetivos y tareas) de Bordin (1979) están convenientemente representadas en tres subescalas de 12 ítems cada una y cuyas instrucciones permiten que el paciente o el terapeuta puedan evaluar cada uno de los 36 ítems mediante una escala tipo Likert de 1 a 7 puntos.

Posteriormente se desarrolló una versión abreviada de las versiones del paciente y del terapeuta (WAI-Short-P y WAI-Short-T), compuesta cada una por 12 ítems (Tracey y Kokotovic, 1989) y una versión destinada al observador (WAI-O; Tichenor y Hill, 1989) la cual, disponible también en castellano (Beitman y Yue, 2004), posibilita que un observador pueda evaluar cada uno de sus 36 ítems mediante una escala tipo Likert de 1 a 7 puntos. Las diferentes versiones del Working Alliance Inventory han sido y son utilizadas en numerosas investiga-

ciones llevadas a cabo desde distintos posicionamientos psicoterapéuticos, siendo consideradas en la actualidad como un conjunto de medidas fiables y válidas de la alianza terapéutica.

Características de la alianza terapéutica

De los estudios llevados a cabo con estos instrumentos de medida se desprende que la alianza exhibe las siguientes particularidades:

1. Es una de las claves del cambio en psicoterapia, por lo que su uso se ha extendido a distintos modelos psicoterapéuticos.

2. Es uno de los conceptos que más se ha estudiado en investigación de procesos, ya que ofrece un marco idóneo para entender y trabajar la relación entre paciente y terapeuta y es la variable que ha mostrado correlaciones más consistentes con los resultados a través de diversas medidas y de diversos enfoques (Caro, 1993).

3. Sin embargo, no existe una definición homogénea de la alianza terapéutica. Las diferentes pruebas desarrolladas para medirla han hecho que ésta sea definida en buena medida en función de la prueba utilizada, contribuyendo esta instrumentación a la definición del constructo.

Las comparaciones entre las diferentes escalas de alianza arrojan correlaciones que oscilan entre 0,34 y 0,87 (Horvath y Bedi, 2002). La presencia de un vínculo personal entre paciente y terapeuta, de un compromiso que posibilite la colaboración y de un acuerdo en la dirección a seguir (objetivos) y en las actividades (tareas) a realizar durante el tratamiento, son compartidos en distinto grado por las medidas de alianza. Lamentablemente esto no significa que cada escala de alianza terapéutica mida un constructo idéntico. Aunque la mayoría de las pruebas reconocen la importancia de estos elementos centrales, cada instrumento les presta desigual interés al tiempo que evalúan algunas características de la alianza que otras medidas no tienen en cuenta. Por ejemplo: los aspectos negativos de la interacción terapéutica son tenidos en cuenta por las escalas TARS, CALPAS y VTAS, las capacidades del paciente están explícitamente incluidas en el CALPAS, el acuerdo o consenso es considerado en mayor medida por el WAI y la colaboración es enfatizada por el WAI y el CALPAS.

Asimismo, la mayoría de las pruebas de alianza han sido validadas científicamente en lengua inglesa a fin de ser utilizadas por pacientes, terapeutas e incluso observadores externos, lo cual no significa que todos ellos tengan idéntica percepción de la alianza terapéutica.

4. No obstante, los instrumentos de medida de la alianza exhiben

adecuadas propiedades psicométricas. En base a los metaanálisis de Horvath y Symonds (1991) y de Martin, Garske y Davis (2000), Horvath y Bedi (2002) informan respecto a la fiabilidad de las distintas pruebas: a) que el coeficiente alfa de Cronbach de las escalas es elevado (versiones del paciente: 0,84; versiones del terapeuta: 0,81 y versiones del observador: 0,91), b) que los valores de fiabilidad test-retest están entre 0,55 (HA) y 0,73 (WAI) y c) que la fiabilidad entre evaluadores de los instrumentos destinados a ser utilizados por el observador se encuentra entre 0,66 (CALPAS) y 0,92 (WAI-O).

5. Horvath y Bedi (2002) consideran que la característica más destacada de la alianza terapéutica, como componente activo de la relación paciente-terapeuta, es su énfasis en la colaboración y el consenso que debe existir entre los participantes. Es decir, mientras las primeras formulaciones hacían hincapié en las contribuciones del terapeuta o en las distorsiones inconscientes de la relación paciente-terapeuta, las modernas teorías sobre la alianza subrayan la importancia de la colaboración activa que debe existir entre los participantes de la díada. De este modo, la alianza hace referencia a la calidad y a la fuerza de esta relación de colaboración entre paciente y terapeuta la cual incluye: a) un vínculo afectivo positivo entre ellos, b) elementos de carácter cognitivo (consenso acerca de las metas a conseguir y los medios para alcanzarlas), c) un sentido de equipo entre paciente y terapeuta, d) aspectos conscientes e intencionales y e) algunos elementos procedentes de relaciones pasadas (tanto del paciente como del terapeuta).

6. No hay acuerdo en la comunidad científica acerca de la existencia de un patrón de alianza terapéutica claramente establecido a lo largo de las fases inicial, media y tardía del proceso psicoterapéutico. Gelso y Carter (1994) propusieron que un tratamiento exitoso se desarrollaría según una curva de alianza en forma de U (alianza alta, baja y alta). Sin embargo, Kivlighan y Shaughnessy (1995, 2000) no hallaron apoyo empírico para este patrón de alianza, puesto que un incremento sostenido de la alianza predijo adecuadamente los resultados positivos obtenidos con psicoterapia dinámica breve. Asimismo, Krupnick, Sotsky, Simmens, Moyer, Elkin, Watkins y Pilkonis (1996) y Bachelor y Salamé (2000), consideran que un patrón uniforme de alianza se relaciona en mayor medida con resultados satisfactorios al finalizar el tratamiento.

No obstante, es muy importante establecer una fuerte alianza terapéutica al inicio del tratamiento psicoterapéutico. Existe un acuerdo significativo de las investigaciones en señalar que el momento crítico para ello se sitúa entre la tercera y la quinta sesión, ya que de lo contrario: a) las perspectivas de éxito del tratamiento pueden verse ame-

nazadas (Horvath y Bedi, 2002) o b) puede existir riesgo de que el paciente decida finalizar de forma prematura la intervención (Tryon y Kane, 1993).

7. La alianza terapéutica se ve afectada por un conjunto de variables moderadoras. Estas hacen referencia a: a) variables del paciente: severidad del cuadro clínico antes de empezar la psicoterapia, tipo de trastorno y relaciones objetales y conductas de apego en sus primeros años, b) variables del terapeuta: habilidades interpersonales y de comunicación, empatía, calidez, experiencia y formación y comportamientos y/o actitudes negativas y c) variables de la interacción: complementariedad entre terapeuta y paciente y colaboración entre los participantes de la díada.

8. El interés de muchos investigadores por el papel de la relación terapéutica en el curso de la psicoterapia, se ha organizado en torno a un proyecto de evaluación de los ingredientes relacionales (incluida la alianza terapéutica), defendido por la División 29 de la APA (Asociación Psicológica Americana) y concretado en un manual de reciente publicación (Norcross, 2002). Sin embargo, los defensores de esta postura se lamentan que la mayoría de las guías de tratamiento empíricamente validados reduzcan involuntariamente las muestras de pacientes utilizadas a un mero diagnóstico. Enfrente de estas posiciones se encuentran los investigadores que realizan estudios de eficacia, quienes para demostrar la superioridad de un determinado tratamiento definen un protocolo de intervención y un prototipo de paciente, lo cual tropieza con la actividad clínica diaria y con los problemas derivados del uso de etiquetas diagnósticas (Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003). A pesar de estas dificultades, el empleo de un sistema clasificatorio de los trastornos mentales como el DSM-IV-TR (2002), permitiría que los representantes de ambas líneas de investigación pudieran organizar y hacer llegar sus hallazgos a distintas publicaciones y reuniones científicas, utilizando un lenguaje común que facilitara la comunicación entre los distintos profesionales (Andrade, 2003).

De manera general se puede afirmar que la investigación sobre la relación terapéutica se ha dirigido últimamente a estudiar aquellos aspectos concernientes a la colaboración y al carácter interactivo de la relación, destacando entre ellos la alianza terapéutica (Lambert y Barley, 2002). Específicamente, los estudios sobre la alianza han orientado y orientan sus esfuerzos a examinar: a) la influencia de las variables moderadoras sobre la alianza, b) las causas, tipos y resolución de rupturas de la alianza terapéutica y c) la relación entre la alianza y los resultados de la psicoterapia, correspondencia que cuenta con una mayor tradición investigadora y a la que se dedicará el siguiente apartado.

Alianza terapéutica y resultados de la psicoterapia

La validez predictiva de un test o validez relativa al criterio se refiere al grado de eficacia con el que se puede predecir o pronosticar una variable de interés o criterio a partir de las puntuaciones de ese test (Muñiz, 1998). Existe una moderada pero fiable relación entre una buena alianza terapéutica y un resultado positivo en psicoterapia individual, familiar y de grupo. En numerosos estudios se ha encontrado una relación significativa entre la alianza y el resultado final de la psicoterapia. Es decir, la alianza terapéutica resulta ser un buen predictor de los resultados conseguidos por diferentes modalidades psicoterapéuticas (Corbella y Botella, 2003), por lo que bastantes investigaciones han incluido distintas medidas de alianza (variables predictoras) y distintos resultados de la psicoterapia (criterio) evaluados a través de diferentes procedimientos.

A fin de cuantificar la relación alianza-resultados, Horvath y Symonds (1991) revisaron sistemáticamente los resultados de 24 estudios (véase la Tabla 1), destacando entre ellos las siguientes investigaciones:

1. Greenberg y Webster (1982) tutelaron la aplicación de un tipo de psicoterapia guestáltica a una muestra de 31 pacientes con dificultades en la toma de decisiones. Para aplicar el tratamiento psicoterapéutico se empleó una muestra de 6 terapeutas. Con el fin de predecir los resultados del tratamiento se administraron tras la segunda sesión dos instrumentos no relacionados directamente con la alianza terapéutica y la subescala tareas de la versión del paciente del WAI (WAI-P). Los resultados dieron a conocer una relación estadísticamente significativa entre las puntuaciones de la subescala tareas del WAI-P y los resultados del tratamiento (evaluados a través de tres pruebas). Es decir, las correlaciones entre esta subescala del WAI-P y los resultados de la intervención, fueron sustancialmente mayores que las obtenidas con las otras dos pruebas no estrictamente relacionadas con la alianza terapéutica. Según Horvath y Symonds (1991), el tamaño del efecto (T.E.) encontrado fue de 0,62. (Tabla 1).

2. Frank y Gunderson (1990) utilizaron una escala de alianza (Active Engagement, AE), específicamente diseñada para esta investigación. Una muestra de 143 pacientes (con distintos tipos de esquizofrenia sin cronificar) fueron tratados con medicación antipsicótica y dos modalidades psicoterapéuticas: exploración orientada al insight y ajuste a la realidad. Aquellos pacientes que, dentro de los primeros seis meses de tratamiento, establecieron buenas alianzas con sus terapeutas, continuaron en mayor medida en la intervención psicoterapéutica, tuvieron una mejor adherencia a la medicación y lograron mejores resultados tras dos años de intervención (mayores

Tabla 1
Metaanálisis que relaciona la alianza terapeútica y los resultados del tratamiento psicoterapéutico (Horvath y Symonds, 1991)

ESTUDIO		ALIANZA	RESULTADOS	
	Tipo de Tratamiento	Medidas de alianza	Medidas de resultado	Tamaño del efecto (T.E.)
Metaanálisis de Horvath y Symonds (1991) basado en 24 estudios en los que se relaciona la calidad de la alianza terapéutica y los resultados del tratamiento.	Predominio de psicoterapias con varios componentes (sin especificar) y de psicoterapias dinámicas. 2. Dos estudios utilizaron terapia cognitiva. 3. Un estudio utilizó psicoterapia Gestalt.	Diferentes instrumentos de medida: WAI, CIS, HAq, HAr, HAcs, VTAS, VPPS, TAS, AE, CALTARS, CALPAS, TARS, TBS.	Diferentes instrumentos de medida estandarizados y valoraciones de pacientes y/o terapeutas.	1. T.E.: 0,26. 2. De manera global, se encontró un mayor poder predictivo de la alianza cuando ésta era evaluada por los pacientes. 3. La relación alianza-resultados no está influenciada por el tipo y duración del tratamiento o por el número de sujetos incluidos en la investigación.

Nota. Medidas de alianza: WAI = Working Alliance Inventory; CIS = Client Involvement Scale; HAq = Helping Alliance Questionnaire; HAr = Penn Helping Alliance Scale; HAcs = Helping Alliance Counting Signs; VTAS = Vanderbilt Therapeutic Alliance Rating Scale, VPPS = Vanderbilt Psychotherapy Process Scale; TAS = Therapeutic Alliance Scale; AE = Active Engagement; CALTARS = California Therapeutic Alliance Rating Scale; CALPAS = California Psychotherapy Alliance Scale; TARS = Therapeutic Alliance Rating Scale; TBS = Therapeutic Bond Scale.

reducciones de psicopatología global, disminución de la negación de enfermedad y mejor funcionamiento social) con menor medicación (aproximadamente la mitad de dosis de neurolépticos). Según Horvath y Symonds (1991), el T.E. hallado fue de 0,28.

3. Safran y Wallner (1991) aplicaron, tras la tercera sesión, la versión del paciente del WAI (WAI-P) y del CALPAS con el fin de evaluar la alianza terapéutica. Administraron terapia cognitiva breve a una muestra de 22 pacientes con distintos trastornos depresivos, de ansiedad

o con una combinación de ambas patologías. En líneas generales, el WAI-P y el CALPAS fueron predictores de los resultados de la intervención, los cuales fueron medidos a través de pruebas estandarizadas y de valoraciones de éxito hechas por pacientes y/o terapeutas. Algunas medidas de resultados fueron más predecibles que otras. Las correlaciones entre las valoraciones globales de éxito hechas por los pacientes y el CALPAS fue de 0,77 y el WAI-P de 0,64. Las correlaciones entre las valoraciones globales de éxito hechas por los terapeutas y el CALPAS fue de 0,55 y el WAI-P de 0,50. Estas valoraciones globales de éxito fueron las medidas de resultados más consistentemente predecibles. Sin embargo, las medidas de resultados relacionadas con síntomas más específicos, tendieron a ser menos predecibles ya que, por ejemplo, las correlaciones entre el SCL-90-R (Derogatis, 1977) y el CALPAS fue de 0,30 y entre el SCL-90-R y el WAI-P fue de 0,10. Según Horvath y Symonds (1991), el T.E. encontrado fue de 0,40.

Recientemente Horvath y Bedi (2002) han revisado 90 estudios con la finalidad de evaluar la relación alianza-resultados (véase la Tabla 2), destacando entre ellos las siguientes investigaciones:

1. Gallop, Kennedy y Stern (1994) en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital de Toronto (Canadá), exploraron el papel de la alianza terapéutica en una muestra de 31 pacientes ingresadas y diagnosticadas con distintas patologías de la conducta alimentaria. La alianza se midió entre la tercera y cuarta semana de un tratamiento multidisciplinar con las versiones del paciente y del terapeuta del WAI (WAI-P y WAI-T). Las 21 pacientes que completaron el programa de tratamiento obtuvieron unas puntuaciones significativamente superiores en alianza terapéutica que las 10 que lo abandonaron prematuramente, lo que no ocurrió entre los terapeutas. Esto sugiere que la percepción que el paciente tiene de la alianza, es un factor crítico a la hora de decidir su continuidad en la intervención y de obtener resultados satisfactorios. Según Horvath y Bedi (2002), el T.E. hallado fue de 0,13. (Tabla 2)

2. Krupnick et al. (1996) estudiaron el vínculo alianza terapéutica-resultados del tratamiento en una muestra de 225 pacientes con trastornos depresivos quienes fueron asignados al azar a cuatro modalidades de tratamiento ambulatorio: a) psicoterapia cognitivo-conductual, b) psicoterapia interpersonal de la depresión, c) imipramina más manejo clínico y d) placebo más manejo clínico. La alianza terapéutica fue evaluada por medio de una versión modificada del VTAS. Los autores hallaron que las puntuaciones de alianza temprana (evaluada tras la tercera sesión) y total (promedio de las evaluaciones de alianza de todas las sesiones) estaban aso-

Tabla 2
Revisión de estudios que relacionan la alianza terapéutica y los resultados del tratamiento psicoterapéutico (Horvath y Bedi, 2002)

ESTUDIO		ALIANZA	RESULTADOS	
	Tipo de Tratamiento	Medidas de alianza	Medidas de resultado	Tamaño del efecto (T.E.)
Revisión de Horvath y Bedi (2002) basada en noventa estudios: a) metaanálisis de Horvath y Symonds (1991), b) metaanálisis de Martin, Garske y Davis (2000) y c) diez investigaciones adicionales. A partir de estos trabajos, Horvath y Bedi (2002) exploran la relación entre la calidad de la alianza terapéutica y los resultados del tratamiento.	1. Predominio de psicoterapias con varios componentes (sin especificar) y de psicoterapias dinámicas. 2. Diez estudios se realizaron con pacientes hospitalizados. 3. Cuatro estudios utilizaron terapia cognitiva y en otros cuatro se utilizó medicación. 4. Escasas intervenciones interpersonales, cognitivo-conductuales y experienciales.	1. Diferentes instrumentos de medida. 2. Entre las medidas utilizadas, la relación alianza-resultados fue mayor cuando se utilizó las pruebas WAI, HA, VTAS, VPPS, TAS y CALPAS.	Diferentes instrumentos de medida estandarizados y valoraciones de pacientes y/o terapeutas.	1. T.E.: media: 0,21; mediana: 0,25. 2. No hay efecto halo (relación alianza-resultados sobrevalorada, al ser evaluada la alianza y los resultados por la misma fuente: paciente, terapeuta u observador). 3. La mayoría de T.E. están basados en la alianza temprana (A.TE.) (entre sesión 1 y 5 o en el primer tercio del tratamiento). Su T.E. es de 0,22. T.E. alianza media (A.ME.): 0,19. T.E. alianza tardía (A.TA.): 0,25. La A.TE. es mejor predictor que la A.ME. El T.E. de la A.TA. está probablemente contaminado por los efectos beneficiosos del tratamiento.

Nota. Medidas de alianza: WAI = Working Alliance Inventory; HA = incluye tres modalidades de las escalas Helping Alliance; VTAS = Vanderbilt Therapeutic Alliance Rating Scale, VPPS = Vanderbilt Psychotherapy Process Scale; TAS = Therapeutic Alliance Scale; CALPAS = California Psychotherapy Alliance Scale.

ciadas de manera significativa con los resultados obtenidos en las cuatro condiciones de tratamiento, los cuales fueron evaluados a través de una versión modificada del HRSD (Hamilton, 1960) y del BDI (Beck, Ward, Mendelsohn, Mock y Erbaugh, 1961). Señalan que uno de los aspectos más destacados del estudio es que la alianza puede: a) potenciar fuertemente el efecto placebo (efecto inespecífico) del tratamiento farmacológico y b) ayudar a crear un entorno de colaboración y de apoyo, en el que la aceptación del paciente a tomar la medicación sea reforzada y desde el cual se le ayude a vencer sus miedos y resistencias al consumo del fármaco. En suma, consideran que la alianza terapéutica es un factor relacional común de las distintas formas de tratamiento de la depresión, el cual es claramente discernible de las técnicas psicoterapéuticas específicas o de los factores farmacológicos incluidos en el tratamiento. Según Horvath y Bedi (2002), el tamaño del efecto encontrado fue de 0,30.

CONCLUSIONES

Es indudable la importancia de la alianza terapéutica en el desarrollo del proceso psicoterapéutico y en los resultados de la psicoterapia. Esto ha permitido que la mayoría de las escuelas psicoterapéuticas le hayan prestado atención y hayan reconocido su importante papel.

La conceptualización de Bordin (1979, 1994) ha proporcionado un marco general de referencia para la explicación de la alianza terapéutica y sus componentes, ha sido ampliamente aceptada por autores de distintas orientaciones teóricas y ha servido de base para la construcción de importantes instrumentos de evaluación de la alianza (Corbella y Botella, 2003).

Las futuras investigaciones sobre la alianza terapéutica deberán ir encaminadas a:

1. Resolver el problema de la heterogeneidad de las medidas de alianza. Disponer de numerosas escalas para medir la alianza terapéutica y desde varias perspectivas (paciente, terapeuta y observador) no ha favorecido una sólida validez de constructo, puesto que es difícil suponer que todas las pruebas definen y miden la alianza por igual. Además, la mayoría de las escalas ofrecen una puntuación general junto a las puntuaciones de determinadas subescalas, lo que hace dudar acerca de cual de estos índices recoge de forma más conveniente el concepto de alianza terapéutica (Caro, 1993).

2. Analizar la influencia de las variables que modulan tanto el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica como la relación entre la alianza y los resultados de la psicoterapia. Por lo tanto: a) las características y actitudes de pacientes y de terapeutas y b) las variables resultantes de la interacción (complementariedad y colabo-

ración) requieren un mayor escrutinio.

3. Examinar el papel que desempeña la alianza sobre los efectos de la opción psicofarmacológica en el tratamiento de los trastornos mentales. Cada vez son más las publicaciones que informan de la necesidad de combinar las opciones psicofarmacológicas y psicoterapéuticas a la hora de tratar a un determinado paciente (Asiel y Fernández-Liria, 2000). Los trabajos de Frank y Gunderson (1990) y de Krupnick et al. (1996) son pioneros en esta línea de investigación.

4. Estudiar el efecto de las diferencias culturales entre paciente y terapeuta en el establecimiento de la alianza. Asimismo, es preciso explorar las peculiaridades de la alianza terapéutica cuando los pacientes que participan en el proceso psicoterapéutico son niños o ancianos.

5. Dado que la mayoría de los estudios realizados hasta la fecha se han basado en diseños correlacionales, a corto plazo se deberá establecer un sólido cuerpo de investigación destinado a explorar las relaciones causales entre la alianza terapéutica y los resultados de la psicoterapia.

La investigación empírica revela que tanto la relación terapéutica como el método de tratamiento realizan consistentes aportaciones a los resultados de la psicoterapia (Norcross, 2002). Desde la experiencia clínica e investigadora personal se propone:

1. Que en la práctica clínica diaria el psicólogo personalice su estilo de intervención en función de las principales características de cada paciente y evite patrones de comunicación negativos que reduzcan los efectos del tratamiento. En este marco de actuación, el profesional que aplique procedimientos psicoterapéuticos basados en guías de tratamiento eficaces y que establezca una sólida alianza terapéutica desde el inicio de su intervención, ofrecerá al paciente el mejor tratamiento posible con elevadas probabilidades de obtener resultados satisfactorios.

2. Que tanto los investigadores involucrados en el estudio de la relación terapéutica (incluida la alianza) como los investigadores que intentan demostrar la eficacia de un determinado tratamiento psicoterapéutico, orienten sus esfuerzos hacia un examen conjunto de estos dos grupos de componentes. Contemplar por separado los procedimientos de tratamiento (lo que hace el terapeuta) y la relación terapéutica (cómo lo hace), es tener una visión incompleta de lo que ocurre en el curso de la psicoterapia.

REFERENCIAS

Alexander, L.B. y Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. En: L.S. Greenberg y W.M. Pinsof (eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook.* (pp. 325-366). New York: Guilford Press.

American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado.* Barcelona: Masson (Orig. 2000).

Andrade, N. (2003). Diagnóstico categorial versus dimensional. *Clínica y Salud, 14*(3), 333-359.

Asiel, A. y Fernández-Liria A. (2000). Psicoterapia y fármacos: ¿Por fin juntos? Nuevos datos sobre la combinación. *Psiquiatría Pública, 12*(3), 285-288.

Ávila, A., Caro, I., Orlinsky, D., Coscolla, A., Rodríguez, S. y Alonso, M. (2000). El desarrollo profesional de los psicoterapeutas españoles. *Boletín de Psicología, 69*, 43-69.

Bachelor, A. y Salamé, R. (2000). Participant's perceptions of dimensions of the therapeutic alliance over the course of therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 9*, 39-53.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelsohn, M., Mock, J. y Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.

Beitman, B.D. y Yue, D. (2004). *Psicoterapia. Programa de Formación.* Barcelona: Masson.

Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice, 16*(3), 252-260.

Bordin, E.S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. En A.O. Horvath y L.S. Greenberg (eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley and sons.

Caro, I. (1993). La identidad de la psicoterapia. En I. Caro (comp.), *Psicoterapia e Investigación de procesos.* (pp.17-39). Valencia: Promolibro.

Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología, 19*(2), 205-221.

Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual I.* Baltimore: Clinical Psychometric Research.

Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos.* Barcelona: Paidós.

Fernández-Liria, A., Hernández, M, Rodríguez, B., Benito, T. y Mas, J. (1997). Teoría y práctica de la psicoterapia en la atención pública a la salud mental: resultados de un grupo de consenso. En A. Fernández-Liria y B. Rodríguez (dirs.), *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas.* (pp. 25-28). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Fernández-Liria, A. y Rodríguez, B. (2001). *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Frank, A.F. y Gunderson, J.G. (1990). The

role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 47*, 228-236.

Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento. Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis. En J. Strachey (comp.), *Obras completas de Sigmund Freud, vol.12* (pp. 121-144). Buenos Aires: Amorrortu.

Gallop, R., Kennedy, S.H. y Stern D. (1994). Therapeutic alliance on an inpatient unit for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 16*(4) 405-410.

Gelso, C.J. y Carter, J.A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 296-306.

Greenberg, L.S. y Pinsof, W. (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook.* New York: Guilford.

Greenberg, L.S. y Webster, M.C. (1982). Resolving decisional conflict by Gestalt two chair dialogue: Relating process to outcome. *Journal of Counseling Psychology, 29*, 468-477.

Greenson, R.R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly, 34*, 155-181.

Greenson, R.R. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis.* New York: International University Press.

Hamilton, M.A. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology and Neurosurgical Psychiatry, 23*, 56-62.

Horvath, A.O. (1981). *An exploratory study of the working alliance: Its measurement and relationship to therapy outcome.* U. British Columbia, Vancouver, Canadá.

Horvath, A.O. (1982). *Working Alliance Inventory (Revised). Unpublished manuscript Nº 82.1* Simon Fraser University, Burnaby, British Columbia, Canadá.

Horvath, A.O. y Greenberg L.S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. En: L.S. Greenberg y W.M. Pinsof (eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook.* (pp. 529-556). New York: Guilford Press.

Horvath, A.O. y Greenberg L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*(2), 223-233.

Horvath, A.O. y Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2) 139-149.

Horvath, A.O. (1994). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: The working alliance inventory perspective. En A.O. Horvath y L.S. Greenberg (eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 109 - 128). New York: Wiley and sons.

Horvath, A.O. y Bedi, R.P. (2002). The alliance. En J.C. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 39-64). New York: Oxford University Press.

Kiesler, D.J. (1973). *The process of psychotherapy: empirical foundations and systems of analysis.* Chicago: Aldine.

Kivlighan, D. y Shaughnessy, P. (1995).

Analysis of the development of the working alliance using hierarchical linear modeling. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 338-349.

Kivlighan, D. y Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: a typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology, 47*, 362-371.

Krupnick, J.L., Sotsky, S.M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J. y Pilkonis, P. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 532-539.

Lambert, M.J. y Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. En J.C. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 17-31). New York: Oxford University Press.

Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J.L. Cleghorn (ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.

Marmar, C.R., Gaston, L., Thompson, L.W. y Gallagher, D. (1989). Alliance and outcome in late-life depression. *Journal of Nervous and Mental Disease, 177*, 464-472.

Marmar, C.R., Weiss, D.S. y Gaston, L. (1989). Towards the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*, 46-52.

Martin, D.J., Garske, J.P. y Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438-450.

Marziali, E. (1984). Three view points on the therapeutic alliance: Similarities, differences and associations with psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease, 172*, 417-423.

Muñiz, J. (1998). *Teoría clásica de los tests.* Madrid: Pirámide.

Norcross, J.C. (2002). Empirically supported therapy relationships. En J.C. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 3-17). New York: Oxford University Press.

Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients.* New York: Oxford University Press.

Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. y Amigo, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos.* Madrid: Pirámide.

Pinsof, W.M. y Catherall, D.R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy, 12*(2), 137-151.

Safran, J.D. y Wallner, L.K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment, 3*(2), 188-195.

Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis, 115*, 117-126.

Suh, C.S., Strupp, H.H. y O'Malley, S.S.

(1986). The Vanderbilt Process Measures: The Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale (VNIS). En: L.S. Greenberg y W.M. Pinsof (eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook.* (pp. 285-323). New York: Guilford Press.

Tichenor, V. y Hill, C.E. (1989). A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy, 26*, 195 -199.

Tracey, T.J. y Kokotovic, A.M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment, 1*, 207-210.

Tryon, G.S. y Kane, A.S. (1993). Relationship of working alliance to mutual and unilateral termination. *Journal of Counseling Psychology, 40*, 33-36.

Zetzel, E.R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis, 37*, 369-375.